

GIOVANI CONSUMATORI CONSAPEVOLI

Questionario "Alimentazione e stili di vita"

Gentile genitore queste domande riguardano le abitudini alimentari di tuo figlio/a e il suo stile di vita. Il questionario è anonimo. Se non sono in contrasto tra loro, per ogni domanda puoi anche dare più di una risposta.

Grazie!

Parte I (Generalità)

1) Classe e Istituto

.....
.....

2) Età:

.....
.....

3) Sesso:

Maschile Femminile

4) Peso in kg:

.....

5) Altezza in cm:

.....

Parte II (Abitudini alimentari)

1) Dove consumi abitualmente i pasti?	Casa	Scuola	Bar	Ristorante	Non lo faccio mai/a volte
Colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spuntino metà mattinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merenda pomeridiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Con chi consumi abitualmente i pasti?	Familiari	Amici	Da solo	Altro
Colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Spuntino metà mattinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Merenda pomeridiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

3) Cosa mangi di solito?	latte	yogurt	tè	caffè	biscotti	cereali	merendine	frutta	succo	Snack (patatine, ecc)	Altro
Colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Spuntino metà mattinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Merenda pomeridiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

4) Cosa mangi di solito?	Solo il primo (pasta, riso...)	Solo il secondo (carne, pesce, salumi...)	Primo e secondo	Verdura (cruda o cotta)	Frutta	Spuntino veloce (panino, pizze)	Altro
Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

<p>5) A pranzo (nell'arco della settimana) la tipologia dei cibi com'è?</p> <p><input type="checkbox"/> Ripetitiva (mangia più o meno sempre le stesse cose)</p> <p><input type="checkbox"/> Varia (cambia le sue scelte quasi ogni giorno)</p>	<p>7) Capita di mangiare qualcosa dopo cena?</p> <p><input type="checkbox"/> SI (quasi sempre)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (quasi mai)</p> <p><input type="checkbox"/> A volte (3-4 volte la settimana)</p>
<p>6) A cena (nell'arco della settimana) la tipologia dei cibi com'è?</p> <p><input type="checkbox"/> Ripetitiva (mangia più o meno sempre le stesse cose)</p> <p><input type="checkbox"/> Varia (cambia le sue scelte quasi ogni giorno)</p>	<p>8) Se sì, che cosa?</p> <p><input type="checkbox"/> Snack dolci</p> <p><input type="checkbox"/> Snack salati</p> <p><input type="checkbox"/> Frutta</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>
	<p>9) Consuma alimenti fuoripasto (caramelle, snack ecc.), in aggiunta a colazione, spuntino, pranzo, merenda, cena?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, abitualmente</p> <p><input type="checkbox"/> No, quasi mai</p> <p><input type="checkbox"/> Qualche volta</p>

Parte III (Composizione della dieta)

10) Con quale frequenza mangi questi alimenti nell'arco della settimana?	Mai	2 volte a settimana	3-4 volte a settimana	Praticamente tutti i giorni
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta o riso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimenti di origine vegetale (Tofu, Seitan, burger vegetali, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>11) Durante i pasti cosa beve di solito?</p> <p><input type="checkbox"/> Acqua</p> <p><input type="checkbox"/> Succo di frutta</p> <p><input type="checkbox"/> Bibite gassate (cola, aranciate...)</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>	<p>12) Segue una dieta particolare?</p> <p><input type="checkbox"/> Per intolleranti al glutine (Celiachia)</p> <p><input type="checkbox"/> Per allergie/intolleranze alimentari (se sì, quali _____)</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>
--	--

Parte IV (stili di vita)

14) Pratica sport o comunque attività motoria in generale?

- SI pratico attività sportiva
- SI ma mi limito ad attività motoria
- NO non faccio nulla

15) Se fa sport

Con quale frequenza?

- volte a settimana
 - Quanto durano gli allenamenti?
- 1 ora
- 2 ore
- Più di 2 ore

16) Con quale mezzo si reca a scuola di solito?

- A piedi
- Bicicletta
 - Auto/motociclo
 - Mezzi Pubblici
 - Altro _____

17) Quante ore al giorno guarda la televisione?

- meno di 1 ora
- 1-2 ore
- più di 2 ore

18) Generalmente mentre mangia:

- guardi la TV
- ascolti la radio
- parli con i parenti/amici
- leggi
- stai in silenzio
- altro _____

19) Alla sera a che ora si addormenti di solito durante la settimana (non contare il venerdì sera e il sabato)?

- prima delle 22
- tra le 22 e le 24
- dopo le 24

20) Come dorme il tuo bambino?

- il sonno non è disturbato
- si sveglia una volta a notte
- si sveglia più di due volte a notte